

Verificación de Servicios

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

1. El día de hoy recibí los servicios de salud mental y me reuní con:

1. Nombre de la persona: \_\_\_\_\_
2. Nombre de la segunda persona : \_\_\_\_\_
3. Nombre del grupo y/o conductor del grupo: \_\_\_\_\_

2. ¿Aproximadamente, que tiempo duró el servicio? 0-1 hr \_\_\_ 1-2 hrs \_\_\_ 2-3 hrs \_\_\_ 3 + hrs \_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_ (Opcional)

Firma del Cliente